

# PRISE EN CHARGE DES CERVICALGIES - ECHELLE ALGOFONCTIONNELLE – **J0**

Date :

Médecin :

Patient n° :

Age :

Coordonnées téléphoniques :

Profession :

Activités de loisirs :

Envoyé par :  votre médecin traitant

autre, précisez :

Antécédents cervicaux :

Histoire de l'épisode actuel :

Ancienneté de l'épisode actuel :

Contexte d'Accident de travail :  oui  non

Premier épisode :  oui  non

si non : début des épisodes douloureux :

fréquence moyenne par an :

durée moyenne par crise :

Arrêt de travail :  oui  non

Si oui depuis quand :

Documents disponibles le jour de l'examen :  radio  scanner  irm  emg

Type de douleur :  Cervicalgie

NCB (présence d'irradiation au-delà du moignon de l'épaule)

Traitements proposés

ttt per os

mésothérapie

traction

manipulation

physio

rééducation active

demande d'infiltration

avis chirurgical

autre, précisez :

arrêt de travail

Explorations proposées :  radio  scanner  irm  emg

**NDPS à J0 :**

-----  
Nom :

Prénom :

Patient n° :

# ECHELLE DE DOULEURS ET D'INCAPACITE CERVICALES

**PATIENT n°**

Marquez d'une croix chacune des échelles horizontales suivantes entre 0 et 100.

Ceci permettra d'évaluer la situation dans laquelle vous vous trouvez, entre la situation normale (le 0) et la pire des situations (le 100).

**1. Quelle est l'intensité de vos douleurs, aujourd'hui ?**



Aucune douleur

Douleurs très sévères

**2. Quelle est l'intensité de vos douleurs, en moyenne ?**



Aucune douleur

Douleurs très sévères

**3. Quelle est l'intensité de la pire de vos douleurs ?**



Aucune douleur

Intolérables

**4. Vos douleurs perturbent-elles votre sommeil ? (avec ou sans prise médicamenteuse)**



Pas du tout

Impossible de dormir

**5. Quelle est l'intensité de vos douleurs à la station debout ?**



Aucune douleur

Douleurs très sévères

**6. Quelle est l'intensité de vos douleurs à la marche ?**



Aucune douleur

Douleurs très sévères

**7. Quel est le retentissement de vos douleurs sur l'utilisation de l'automobile (conducteur ou passager) ?**



Aucun

Impossible de conduire  
ou d'être conduit

**8. Vos douleurs perturbent-elles vos activités sociales ? (toutes activités extra-professionnelles).**



Pas du tout

Toujours

**9. Vos douleurs perturbent-elles vos activités de loisirs ? (cuisine, sports, activités manuelles ...)**



Pas du tout

Toujours

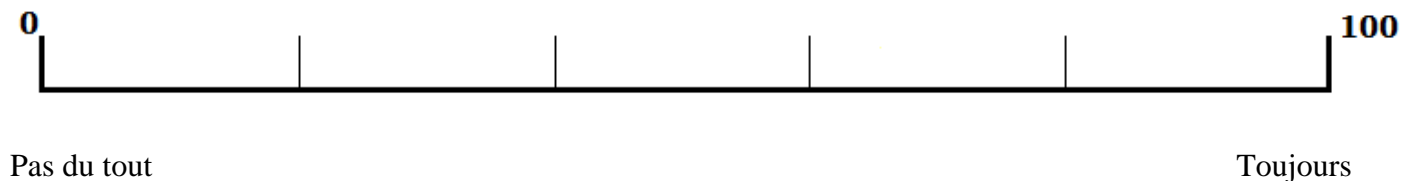
**10. Vos douleurs perturbent-elles vos activités professionnelles ?**



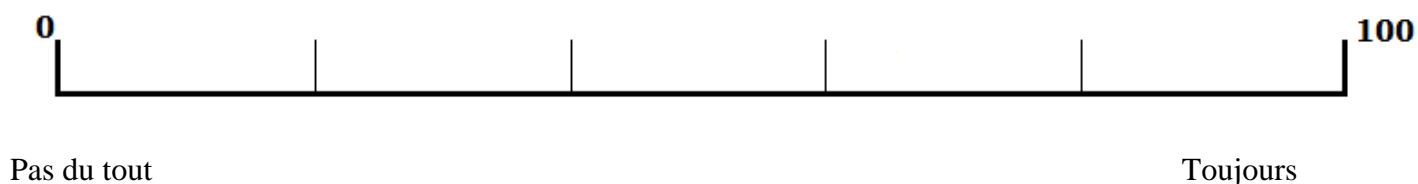
Pas du tout

Je ne peux pas travailler

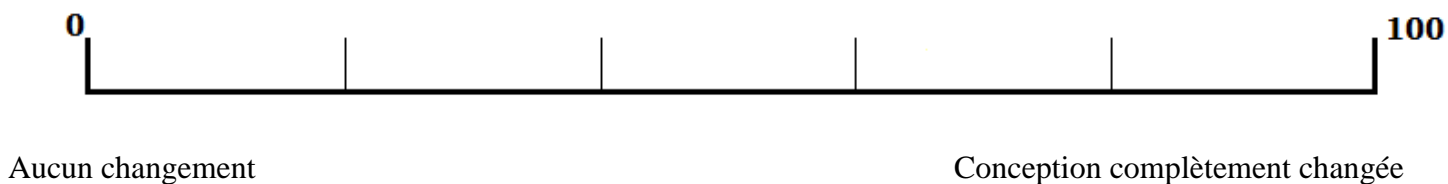
**11. Vos douleurs perturbent-elles vos soins personnels (manger, s'habiller, prendre un bain, etc.) ?**



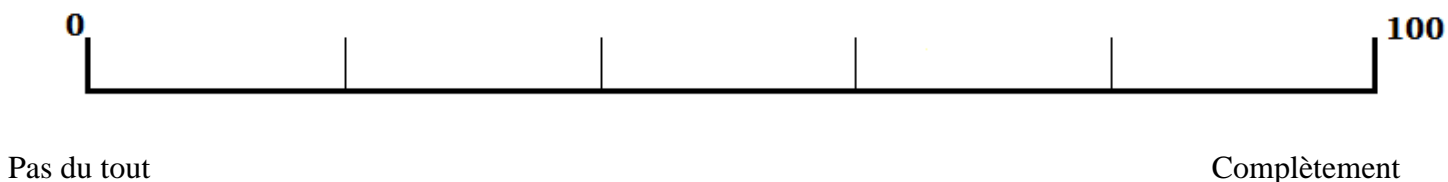
**12. Vos douleurs perturbent-elles vos relations avec les autres (amis, famille, partenaires sexuels, etc.) ?**



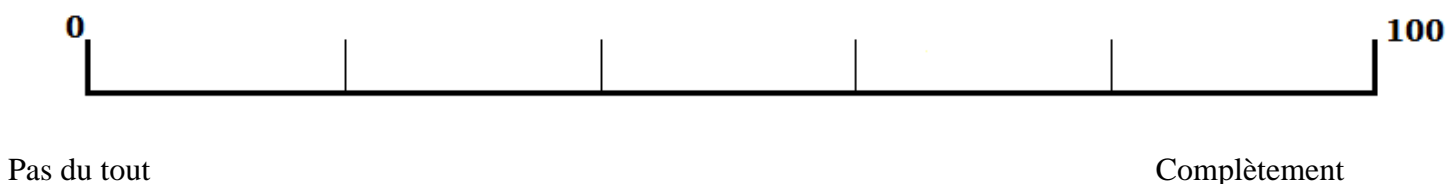
**13. Est-ce que vos douleurs ont changé votre perception de la vie et de l'avenir (dépression, désespoir) ?**



**14. Vos douleurs ont-elles une influence sur vos émotions ? (réaction disproportionnée à une situation habituelle).**



**15. Vos douleurs ont-elles une influence sur vos facultés de réflexion et de concentration ?**



**16. Votre cou est-il raide ?**



Aucune raideur

Je ne peux pas bouger le cou

**17. Avez-vous des difficultés pour tourner la tête ?**



Aucune difficulté

Je ne peux pas bouger la tête

**18. Avez-vous des difficultés à regarder en haut ou en bas ?**



Aucune difficulté

Je ne peux regarder  
ni en haut, ni en bas

**19. Avez-vous des difficultés à travailler au-dessus de votre tête ? (ranger du linge dans un placard, bricoler en hauteur ...).**



Aucune difficulté

Je ne peux pas travailler  
au-dessus de la tête

**20. Etes-vous soulagé par les médicaments contre la douleur ?**



Soulagement complet

Aucun soulagement

**Merci de vérifier que vous avez répondu à chaque question.**